

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: *MSP.* UNICÓDIGO: *1413* ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *hosp San Andrés 2* TIPOLOGÍA: *1302953888* NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: *1302953888* NÚMERO DE ARCHIVO: *1302953888*

PRIMER APELLIDO: *Lombro* SEGUNDO APELLIDO: *Loer* PRIMER NOMBRE: *Geofilo* SEGUNDO NOMBRE: *Antoni* SEXO: *M* FECHA NACIMIENTO: *7/7/66* EDAD: *1959* CONDICIÓN EDAD (MARCAR): *X*

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): *0963879315*

PROVINCIA: *mondi* CANTÓN: *El Cajas* PARROQUIA: *Alfaro*

REFERENCIA: ☐ DERIVACIÓN: ☐ MOTIVO: ☒ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: *MSP.* ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *consulto externo cardiología* ESPECIALIDAD: *cardiología*

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

masculino de 66 años no refiere antecedentes. Padre por madre de prematura evolución con dolor precardial presuro y sensación torácica. sin otros síntomas. Angina con dolor atípico.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Voluntad por cardiología

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
		<i>R702</i>	<i>X</i>		<i>dolor precardial R702</i>	<i>X</i>	

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: *7/9/2025* HORA: *(10:30)* PRIMER NOMBRE: *Rómulo* SEGUNDO APELLIDO: *Muñoz*

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: *1312022369* FIRMA: *Rómulo Muñoz*

Hospital Basico San Andrés Dr. Rómulo Muñoz Morera Medicina General 1312022369 N° Registro 1006-2017-1355270

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO ☐ DERIVACIÓN JUSTIFICADA: ☐ SI ☐ NO ☐

CONTRAREFERENCIA ☐ **REFERENCIA INVERSA** ☐

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: *UNICÓDIGO* ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *TIPOLOGÍA* NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA: *NÚMERO DE ARCHIVO*

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA: *ESTABLECIMIENTO DE SALUD* DISTRITO: *FECHA (aaaa-mm-dd)*

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA: *7/9/2025* HORA: *(10:30)* PRIMER NOMBRE: *Rómulo* SEGUNDO APELLIDO: *Muñoz*

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: *1312022369* FIRMA: *Rómulo Muñoz*